

Soins « intensifs » infirmiers et médicaux à domicile

**Au sein de l'équipe interprofessionnelle SAD du
CLSC**



DR GENEVIÈVE DECHÊNE

ÉQUIPE MÉDICALE À DOMICILE

**CLSC VERDUN/VILLÉMARD/POINTE ST-
CHARLES/ST-HENRI**

CIUSSS CENTRE SUD

Soins intensifs à domicile: 6 objectifs



- 1) Réduire les séjours aux urgences des patients avec des conditions chroniques avancées et terminales
- 2) Réduire les hospitalisations pour ces patients
- 3) Réduire les NSA de ces patients en CHSG
- 4) Garder et traiter certains de façon sécuritaire à domicile lors de décompensations aiguës (60% SOV)
- 5) Garder à domicile les patients en fin de vie qui le désirent, jusqu'au décès lorsque possible (60%)
- 6) Retarder les relocalisations hors du domicile (RI/LD) pour les patients souffrant d'instabilités médicales répétées (équipe IP)

Soins intensifs à domicile = Infirmières SAD (bachelières)

- Évaluent seules à domicile des conditions médicales complexes et instables,
- Suivent des cas lourds en prise en charge globale (*gestionnaire de cas/intervenant pivot*),
- Organisent les services communautaires et ceux de l'équipe soins à domicile (SAD) pour leurs patients
- Supportent et « coachent » les patients et leurs proches

LES INFIRMIÈRES SAD

**= Le cœur de l'équipe interprofessionnelle (IP)
SAD des cas médicalement instables « intensifs ».**

Leur travail de pivot avec l'équipe interprofessionnelle SAD du CLSC permet une réponse coordonnée

L'infirmière SAD est au centre des *soins intensifs*



- Contrairement aux autres établissements de santé (GMF, CHSLD, CHSG) le médecin est rarement sur place
- Ce sont pourtant les patients les plus lourds et les plus instables de la 1^e ligne
- Les autres professionnels de l'équipe IP SAD « pivotent » autour de l'infirmière gestionnaire de cas qui est le PIVOT (communications fluides rapides = cellulaire + numéro CLSC de jour d'urgence+ garde 24h)
- LES MÉDECINS AUSSI « tournent » autour d'elle pour ne pas briser la chaîne de communication de ces soins intensifs: FIN DE LA PRATIQUE MÉDICALE EN SILO

L'infirmière SAD est souvent seule à domicile mais elle doit pouvoir appeler le médecin en tout temps



NB: Cette présentation ne traitera pas de tous les champs d'expertise infirmière. Les soins « intensifs » s'appuie sur:

- - *l'évaluation infirmière*
- - *la surveillance clinique*
- - *l'ajustement du plan de traitement*
- - *l'initiation de certains traitements*
- - *l'initiation du plan d'action du patient*
- - *l'enseignement au patient et ses proches*

- NB: Rôle différent pour l'infirmière auxiliaire (techniques)
- NB 2: Rôle différent pour l'IPS 1 ligne (prise en charge de cas stables avec un médecin partenaire disponible pour les instabilité médicales)

Le CLSC= l'établissement IDÉAL des soins *intensifs* interprofessionnels (IP) à domicile



- La véritable pratique IP à domicile = en CLSC
Pas les hôpitaux, cliniques externes et les GMF qui ont une desserte locale trop variable
- **Les médecins qui suivent des patients médicalement instables doivent être intégrés aux équipes SAD** pour éviter des retours inutiles en milieu hospitalier
- Ils doivent être à l'aise avec des conditions sévères et terminales dans le contexte particulier du domicile.
- Ils doivent faire les visites des cas les plus urgents au moins 5 jours/semaines (= pratique de groupe)
- Ils doivent répondre rapidement aux appels infirmiers pour leur patients et de ceux de leurs confrères (garde médicale 24 heures): **chaque appel et chaque visite médicale évite un envoi inutile aux urgences**

« Modèle » CIUSSS Centre-Sud (*Sud-Ouest Verdun*)



Pour les milieux urbains/semis urbains

- Grand nombre de patients âgés à domicile
- Grand nombre de ces patients qui sont atteints de conditions chroniques sévères ou terminales, instables médicalement
- Grand nombre de patients en fin de vie de toutes conditions

MAIS

- Territoire relativement petit (distances moindres)
- Possibilité pour l'équipe médicale de desservir 2 à 3 CLSC (pas de bris de services et garde 24 heures à l'année pour le SAD aigu et les soins palliatifs): *ne pas « essayer » les médecins*

= **Organisation infirmière et médicale « intensive » adaptée aux grands volumes de patients**

« Soins intensifs » à « domicile »

Définitions

Le domicile =

- Maisons, appartements
- Résidences privées pour personnes âgées
- Foyers privés pour personnes âgées
- Mais aussi les ***Ressources intermédiaires***

Soins « intensifs » à domicile =

Soins infirmiers et médicaux donnés à des patients souffrant de **conditions médicales sévères, potentiellement instables**

= Ce sont ces patients âgés qui retournent le plus souvent aux urgences majeures de nos hôpitaux et qui sont le plus souvent hospitalisés

2 clientèles « coûteuses » pour un système de santé (urgences, hospitalisations)



- 1) Les patients âgés atteints de conditions chroniques avancées en lourde perte d'autonomie
- 2) Les patients en fin de vie

1) Conditions chroniques sévères/terminales



- Le groupe de patients le plus « coûteux » en santé: *MPOC IV sous O2, insuffisance cardiaque IV, maladies neurologiques avancées incluant les démences, les cancers métastatiques, les défaillances multi systémiques (rénale, hépatique, etc.)*

Suivi par la pivot infirmière +

- 1) Un médecin à domicile en équipe médicale SAD/CLSC (tandem INF/MD)
- 2) + Le *service SAD aigu* au besoin, si le tandem ne peut pas répondre assez vite
- 3) + Le *service infirmier dédiée aux soins palliatifs* lorsque la fin de vie est imminente, avec le même médecin

2) Soins de fin de vie à domicile en milieu urbain

Un grand nombre de cas= infirmières dédiées



- **Des soins très « intensifs » dans les dernières semaines de vie, complexes et lourds**
- Ne pas « imposer » ces cas à toutes les infirmières SAD (expertise rehaussée, lourdeur psychologique, crises et même détresses fréquentes et le plus souvent imprévisibles, support des proches)
- **Concentrer ces cas auprès de volontaires** avec réduction de leur *caseload* (1/5-6 cas réguliers).
- Augmentation de leur exposition = augmentation de leur expertise
- Formations infirmières régulières en soins palliatifs
- *Fast-track* du matériel urgent (oxygène, nébulisateur, lit électrique le jour même) pour éviter les hospitalisations inutiles
- **Donner « plus » d'aide à domicile** aux derniers jours pour supporter les proches épuisés, 24 heures /24 si nécessaire avec l'aide des groupes communautaires (*Fondation Jacques Bouchard*)

Conditions chroniques sévères/terminales: Réduire les hospitalisations

- **1) Prise en charge longitudinale** (comme en GMF) par une infirmière SAD (pivot) et un médecin qui suit le patient à domicile: **essentiel de connaître son patient**
- **2) Visites conjointes** INF/MD au besoin (horaire des médecins et des infirmières qui priorise la pratique IP)
- 3) Révision de la **médication** (infirmière/pharmacien GMF)
- 4) *Ordonnances collectives* infirmières (GMF/ CLSC)
- **5) Plan d'action individuel** du médecin élaboré et partagé avec l'infirmière (prescriptions anticipées en pharmacies ou à domicile, en réserve pour surinfections, surcharge, douleurs, etc.).
- **6) SAD aigu** si urgence médicale à laquelle le tandem médecin traitant/infirmière ne peut pas répondre

Référence au SAD aigu à simplifier

Un numéro unique partout ?



- L'infirmière du guichet PPA avec l'aide de l'ASI évaluent si la demande correspond à l'offre de service du SAD aigu
 - Si oui infirmière envoyée en < 24h
 - Si non, référence au bon service.
- Ce sera l'infirmière du SAD aigu qui appellera le médecin de garde au SAD aigu

Par le 911 ?

Objectifs du SAD aigu



- Offrir un **service rapide de soins infirmiers et médicaux aigus à domicile** pour la clientèle en perte d'autonomie ou avec un profil gériatrique, orpheline ou qui ne parvient pas à voir son médecin de famille rapidement et **qui irait aux urgences sinon**
- **Diminuer les visites à l'urgence et les hospitalisations**
- Diminuer le nombre de transports ambulanciers
- Agir en complémentarité des soins à domicile existants
- Identifier les patients à risque de futures détériorations

Origine des demandes de SAD aigu



- Patient lui même ou un proche
- Infirmière du service SAD régulier (+++)
- Médecin de famille qui ne peut pas aller à domicile
- Autres intervenants de la santé de la communauté (MD, infirmière, inhalothérapeute,...)
- MD urgentistes (retours rapides à partir des urgences)
- MD spécialistes et infirmières spécialisées suivant des clientèles avec pathologies chroniques sévères

Offre de service du SAD aigu



- **Trousses de médicaments incluant:**
 - Inhalateurs
 - Analgésiques
 - Anxiolytiques
 - Anti-nauséeux et lavements
 - Ceftriaxone IV (antibiotique)
 - Furosémide IV (diurétique)
- **Bilans sanguins et urinaires à domicile**
- **Matériel pour installation de sonde urinaire et IV**
- **Corridor de services radiographies/Doppler sans passer par l'urgence**

Conditions pour lesquelles les infirmières SAD aigu sont formées spécifiquement

- 1) **Les chutes.** Les CIUSSS/CISSS ont des « protocoles » de chutes pour les RI, les résidences privées pour personnes âgées et le domicile où les patients qui ont chuté sont envoyés en ambulance aux urgences s'il n'y pas un médecin sur place. Les infirmières SAD aigu sont formées pour évaluer un patient qui a chuté, éliminer les fractures et faire les pansements sur des blessures mineures sans envoyer aux urgences.
- 2) **Les infections.** Les infirmières SAD aigu sont formées pour évaluer les cellulites, les infections pulmonaires et les infections urinaires avec des critères de maintien à domicile sécuritaire versus hospitalisation. Les infirmières SAD aigu ont des antibiotiques IV

Conditions pour lesquelles les infirmières SAD aigu sont formées spécifiquement



- **3) Les décompensations pulmonaires.** Les infirmières SAD aigu ont la formation pour les traitements d'inhalothérapie et d'oxygénothérapie (à débiter ou majorer) pour stabiliser le patient à domicile
- **4) Les décompensations cardiaques.** Les infirmières administrent des diurétiques IV avec un protocole de prises de sang et de surveillance de la condition du patient.
- **5) La déshydratation.** Les infirmières SAD aigu sont formées pour évaluer hydrater, IV si requis

Objectifs du projet SAD aigu



- Soutenir les médecins du territoire qui ne font pas de visites à domicile en urgence (un appel suffit)
- **Éviter des visites à l'urgence de patients qui peuvent être traités à domicile**, même ceux qui n'ont pas de médecin traitant
- Éviter des hospitalisations aux personnes âgées à risque de
 - Déconditionnement
 - Délirium
 - Infection nosocomiale
 - Investigations superflues
- Économies financières pour le CISSS (\$ des CH vers SAD)
- Augmentation de la satisfaction de la clientèle vulnérable

SAD aigu en pratique



3 catégories diagnostiques les plus fréquentes:

- 24% problèmes pulmonaires
- 15% infections aiguës
- 14% surcharge/insuffisance cardiaque
- Durée moyenne de suivi au SAD aigu : 2,6 jours
- Nombre moyen de visites infirmières/cas : 2,2 visites
- Nombre moyen de visites médicales/cas : 0,4 visite
- Les 2 orientations les plus fréquentes au congé :
 - 60 % Retour au médecin de famille ;
 - 47 % Retour au SAD régulier et/ou prise en charge par un médecin du SAD

SAD aigu au CIUSSS Centre Sud



- 63% de visites évitées à l'urgence ou hospitalisation
Dont la majorité auraient utilisé un transport ambulancier
 - Lorsqu'on sait qu'une visite à l'urgence (sans être couché sur civière) coûte en moyenne 176,59\$
 - Lorsqu'on sait qu'une visite à domicile en soins infirmiers coûte 98,84\$.
 - Lorsqu'on sait qu'un transport ambulancier coûte en moyenne 132\$.
 - Lorsqu'on sait que **60% des clients avec une problématique SAD aigu qui vont à l'urgence sont hospitalisés** et qu'un jour d'hospitalisation représente un coût moyen de 287,44\$ avec une DMS moyenne en gériatrie de 13,8 jours,
- = économies pour le CISSS

SAD aigu: moindre fréquentation à l'urgence

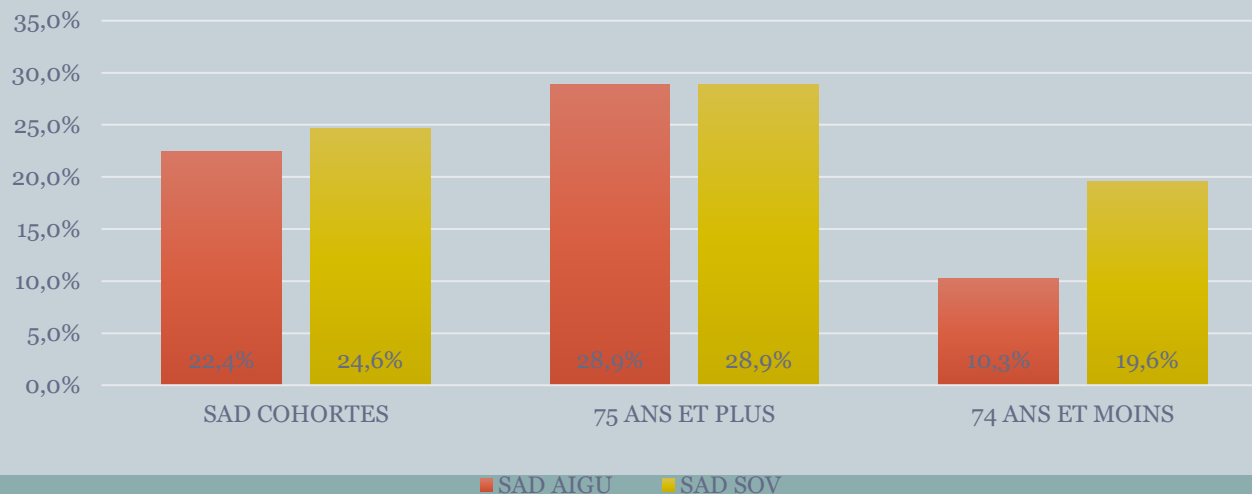


Augmentation des visites à l'urgence pour toutes les clientèles SAD 2016

Mais la croissance est moins grande dans la clientèle SAD aigu que dans le reste de la clientèle SAD SOV (22,4% contre 24,6%)

Cette différence est particulièrement importante dans le **groupe d'âge de 74 ans et moins (10,3% SAD aigu vs 19,6% SAD SOV)**

TAUX D'AUGMENTATION DES VISITES À L'URGENCE ENTRE 2015 ET 2016

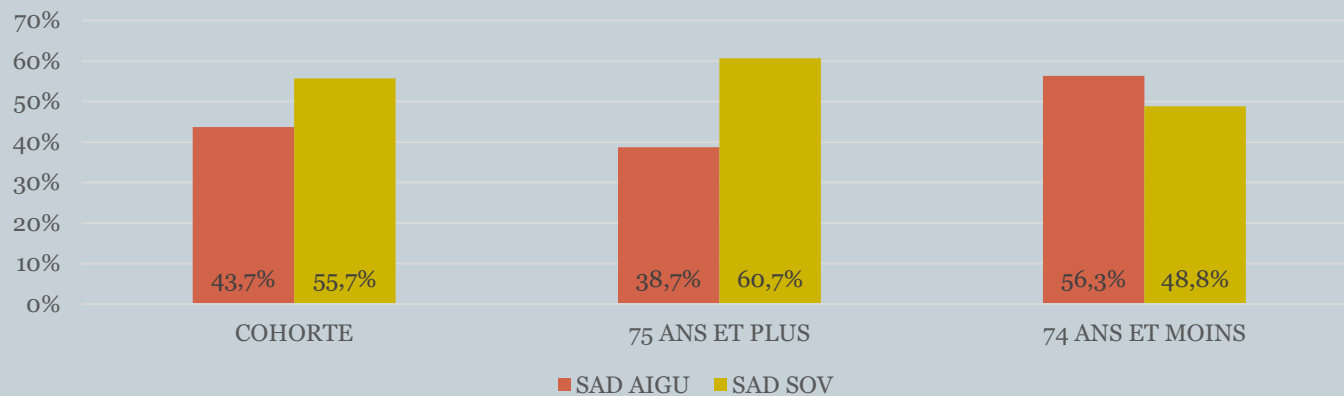


SAD aigu: moins d'admissions hospitalières



Les admissions à l'hôpital sont en hausse pour toutes les clientèles SAD mais **la croissance des admissions a été moins forte pour les patients du SAD aigu (43,7%) que pour les patients du SAD régulier SOV (55,7%)**

CROISSANCE DES ADMISSIONS À L'HÔPITAL ENTRE 2015 ET 2016



SAD aigu: Perspectives d'avenir



- O2 à domicile le jour même pour épisode aigu (projet pilote)
- Étendre l'horaire de service infirmier et médical 7 jours (fins de semaine et jours fériés) avec garde médicale
- Intégrer chaque cohorte de résidents de l'unité d'enseignement IP SAD en médecine familiale dans les soins aigus à domicile aigus en plus de leurs visites habituelles afin d'augmenter leurs habiletés cliniques et leur intérêt pour cette pratique « intensive ».
- Permettre un accès direct au SAD aigu aux grands consommateurs des services d'urgence (via guichet PPA).
- Étendre le service aux autres territoires du CIUSSS Centre-Sud.

Services infirmiers/médicaux intensifs à domicile



- Prévoir une redistribution progressive des coûts hospitaliers vers les services de SAD en CLSC (moins élevés)
- Les médecins québécois doivent être « encouragés » à retourner travailler à domicile (pratique de base de la médecine familiale partout ailleurs) auprès des plus instables
- Recruter dans chaque région (plus d'un CLSC) **une équipe médicale CLSC/SAD sur la route** au moins 5 jours/semaines et de garde (téléphonique) 24 heures 7 jours/semaine. Gestion téléphonique = 50% du travail

Services infirmiers/médicaux intensifs à domicile



- Offrir aux infirmières dédiées aux soins palliatifs et celles dédiées aux soins aigus les formations rehaussées requises
- Équiper ces infirmières de cellulaires pour leur permettre de répondre rapidement pour leur cas
- Mettre en place une **garde infirmière 24 h** téléphonique et visites à domicile si besoin, par des **infirmières expérimentées** en situations critiques à domicile (conditions de travail accrocheuses sinon le recrutement est presque impossible)
- Former certaines infirmières pour **les constats de décès à domicile** dans les régions sans médecin sur la route 24 heures/24 (*Chaudières Appalaches/prix Innovation OIIQ 2015*)

Unités d'enseignement interprofessionnelles: A implanter dans toute la province

- *L'université de Montréal* met en place 19 unités IP (10 déjà actives) en SAD/CLSC affiliées aux UMF (*Unités de médecine familiale*) : facilite le recrutement et l'expertise
- Les stagiaires infirmières et travailleurs sociaux apprennent aux côtés des stagiaires en médecine familiale: **véritables unités interprofessionnelles**
- Ces stagiaires sont supervisés « **en action** » : les superviseurs les rejoignent au domicile du patient
- 3 activités d'apprentissage IP (PII, médication, SCPD/démence) sont déjà montées (aide du MSSS)
- Un guide d'implantation avec les CISSS est disponible pour la province

Unités d'enseignement interprofessionnelles: A implanter dans toute la province pour former et recruter des jeunes médecins

- Les stagiaires en médecine familiale sont témoins d'un « modèle de rôle » qui les attire
 - Visites de cas instables (aiment l'action et se sentir utiles)
 - Visites aux côtés de patrons qui font de la prise en charge de cas
 - Visites de patients avec des conditions sévères qu'ils ont l'habitude de voir seulement à l'hôpital
 - Apprennent à gérer des cas sévères instables sans le plateau technique hospitalier
 - Apprendre l'importance du rôle professionnel infirmier à domicile et de l'équipe IP des CLSC

En conclusion



- Quelles sont les garanties du succès d'un service intensif à domicile pour réduire les hospitalisations et les retours aux urgences des patients souffrant de conditions chroniques sévères et terminales ?

1-Les garanties du succès

Actions pour les CISSS

- Engager 2 infirmières SAD aigu pour 1-3 CLSC
- Infirmières *dédiées* en soins palliatifs avec caseload petit
- Offrir aux infirmières pivot SAD, celles du SAD aigu et celles en soins palliatifs des cellulaires (\$) pour une réponse IP rapide
- Offrir aux infirmières SAD des formations rehaussées pour le suivi des conditions chroniques à un stade avancé et terminal
- Recruter une équipe médicale au SAD/CLSC, en visites à domicile au moins 5 J/Sem (pour 1 -2 CLSC) pour une prise en charge longitudinale des conditions chroniques sévères et terminales (fin de vie), la base de services médicaux sur laquelle on peut mettre en place ensuite un *SAD aigu*
- Prioriser dans la création d'équipes médicale à domicile des médecins à l'aise avec une pratique « intensive » mais aussi le plateau technique réduit du domicile

2) Les garanties du succès

Actions pour les CISSS

- S'assurer que les médecins fassent partie de l'équipe SAD des CLSC (IP)
- Salle commune infirmières SAD aigu/médecins (IP)
- Salle commune des MD SAD près de celle des infirmières SAD et du reste de l'équipe SAD (IP)
- *Dossier médical électronique* (DME/GMF) à partager avec les infirmières SAD aigu et celles en soins palliatifs (comme en GMF)
- Progressivement augmenter le budget SAD, infirmier surtout (à partir du budget hospitalier) pour tenir compte de l'augmentation des services requis lorsque les patients ne sont pas hospitalisés

3) Les garanties du succès

Actions pour le ministre de la santé



- Résoudre rapidement la pénurie extraordinaire de médecins de famille à domicile au Québec en révisant avec la FMOQ les conditions de pratique médicale à domicile (versus les conditions avantageuse de pratiques en hôpital/cabinet) : **encourager et favoriser cette pratique médicale essentielle**. Sinon les coûts du système de santé vont exploser (hospitalisations)
- Prendre entente avec les 4 départements de médecine familiale de la province pour implanter dans toutes les UMF (*Unités de médecine familiale*) des **Unités IP d'enseignement dans les CLSC (IP)**. Ces unités IP seront des mentors régionaux des meilleures pratiques

4) Les garanties du succès

Actions pour le ministre de la santé



- Mettre sur pied un numéro unique SAD aigu/province pour urgences à domicile avec bascule sur le SAD aigu
- Mesurer les résultats des équipes intensives des CLSC pour la prise en charge efficace des patients avec des conditions chroniques avancées et ceux en fin de vie:
 - - taux de décès à domicile des patients suivis par l'équipe
 - - taux de retours aux urgences de ces patients/régional
 - - taux d'hospitalisation de ces patients/régional
 - - taux de NSA

5) Les garanties de succès

Pour les directeurs SAPA



- Réduire les *caseload* des infirmières qui suivent des cas de soins palliatifs en fin de vie (1/5-6)
- S'assurer que les infirmières SAD aigu reçoivent des formations rehaussées requises pour l'évaluation des chutes/MPOC/I. cardiaque/infections aiguës
- Modifier les « protocoles » de chutes des établissements pour cesser de les retourner aux urgences sans évaluation infirmière
- Équiper les infirmières SAD aigu d'une trousse médicamenteuse de SAD aigu à jour avec le matériel d'évaluation médicale requis

6) On peut réduire les retours aux urgences et les hospitalisations grâce aux soins intensifs à domicile



- Identifier les patients à risque d'instabilité médicale (maladies chroniques avancées et fins de vie).
- Mettre en place dans tous les SAD/CLSC le tandem infirmière/MD à domicile pour ces cas en continuité IP
- Rehausser en milieu urbain l'expertise infirmière en concentrant les cas très instables (*SAD aigu, soins palliatifs*)
- Rehausser l'expertise médicale en regroupant les médecins, éviter les bris de service
- Rehausser les pratiques SAD CLSC auprès des patients médicalement instables: protocoles de soins IP adaptés aux **conditions sévères et terminales**
- **Assurer à tous les patients avec une condition chronique avancée ou terminale un suivi médical**